

GE_GERICHTE ATAS/1393/2008 vom 28. November 2008

GE Cour de justice, 2008-11-28, FR

Quelle: https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ge_gerichte_ATAS_1393_2008

FR: GE_GERICHTE ATAS/1393/2008 du 28 novembre 2008

IT: GE_GERICHTE ATAS/1393/2008 del 28 novembre 2008

Erwägungen

E. 1

Conformément à l'art. 56V al. 1 let. a ch. 2 de la loi genevoise sur l'organisation judiciaire (LOJ), le Tribunal cantonal des assurances sociales connaît en instance unique des contestations prévues à l'art. 56 de la loi fédérale sur la partie générale du droit des assurances sociales du 6 octobre 2000 (LPGA) relatives à la loi fédérale sur l'assurance-invalidité du 19 juin 1959 (LAI). En dérogation aux art. 52 et 58 LPGA, les décisions des offices AI cantonaux peuvent directement faire l'objet d'un recours devant le tribunal des assurances du domicile de l'office concerné. La compétence du Tribunal de céans pour juger du cas d'espèce est ainsi établie.

E. 2

La LPGA est entrée en vigueur le 1er janvier 2003, entraînant la modification de nombreuses dispositions légales dans le domaine des assurances sociales. Du point de vue temporel, sont en principe applicables les règles de droit en vigueur au moment où les faits juridiquement déterminants se sont produits et le juge des assurances sociales se fonde en principe, pour apprécier une cause, sur l'état de fait réalisé à la date déterminante de la décision sur opposition litigieuse (ATF 129 V 1, consid. 1; ATF 127 V 467, consid. 1 et les références). C'est ainsi que lorsque l'on examine le droit éventuel à une rente d'invalidité pour une période précédant l'entrée en vigueur de la LPGA, il y a lieu d'appliquer l'ancien droit pour la période jusqu'au 31 décembre 2002 et la nouvelle réglementation légale après cette date (ATF 130 V 433 consid. 1 et les références). La décision litigieuse est postérieure à l'entrée en vigueur de la LPGA ainsi qu'à celle, le 1er janvier 2004, des modifications de la loi fédérale sur l'assurance- invalidité du 21 mars 2003 (4ème révision). Par conséquent, du point de vue matériel, le droit éventuel à une rente d'invalidité doit être examiné au regard des nouvelles normes de la LPGA et des modifications de la LAI consécutives à la 4ème révision de cette loi, dans la mesure de leur pertinence (ATF 130 V 445 et les références; voir également ATF 130 V 329). Enfin, la loi fédérale du 16 décembre 2005 modifiant la loi fédérale sur l'assurance- invalidité est entrée en vigueur le 1er juillet 2006 (RO 2006 2003), apportant des modifications qui concernent notamment la procédure conduite devant le Tribunal

A/1576/2007 - 10/16 - cantonal des assurances (art. 52, 58 et 61 let. a LPGA). Le présent cas est soumis au nouveau droit, dès lors que le recours de droit administratif a été formé après le 1er juillet 2006 (ch. II let. c des dispositions transitoires relatives à la modification du 16 décembre 2005).

E. 3

Interjeté dans les forme et délai légaux (art. 56 à 60 LPGA), le recours est recevable.

E. 4

Est litigieuse en l'espèce la question de savoir si la recourante peut prétendre une mesure de reclassement professionnel, singulièrement quel est le taux d'invalidité qu'elle présente.

E. 5

Selon l'art. 17 LAI, l'assuré a droit au reclassement dans une nouvelle profession si son invalidité rend cette mesure nécessaire et que sa capacité de gain peut ainsi, selon toute vraisemblance, être sauvegardée ou améliorée (al. 1). L'étendue des mesures ne saurait être déterminée de manière abstraite, puisque cela suppose un minimum de connaissances et de savoir-faire et que seules seraient reconnues comme mesures de réadaptation professionnelle celles se fondant sur le niveau minimal admis. Au contraire, il faut s'en tenir aux circonstances du cas concret (ATF 124 V 110 consid. 2a; VSI 1997 p. 85 consid 1). Le droit au reclassement suppose que l'assuré soit invalide ou menacé d'une invalidité imminente (art. 8 al. 1 première phrase LAI). Le seuil minimum fixé par la jurisprudence pour ouvrir droit à une mesure de reclassement est une diminution de la capacité de gain de 20 % environ (ATF 124 V 110 consid. 2b et les références).

E. 6

a) Est réputée invalidité l'incapacité de gain totale ou partielle présumée permanente ou de longue durée, résultant d'une infirmité congénitale, d'une maladie ou d'un accident (art. 8 al. 1 LPGA et 4 al. 1 LAI). Est réputée incapacité de gain toute diminution de l'ensemble ou d'une partie des possibilités de gain de l'assuré sur le marché du travail équilibré qui entre en considération, si cette diminution résulte d'une atteinte à la santé physique ou mentale et qu'elle persiste après les traitements et les mesures de réadaptation exigibles (art. 7 LPGA). Il y a lieu de préciser que selon la jurisprudence, la notion d'invalidité, au sens du droit des assurances sociales, est une notion économique et non médicale; ce sont les conséquences économiques objectives de l'incapacité fonctionnelle qu'il importe d'évaluer (ATF 110 V 275 consid. 4a; 105 V 207 consid. 2). b) Pour pouvoir calculer le degré d'invalidité, l'administration (ou le juge, s'il y a eu recours) a besoin de documents que le médecin, éventuellement aussi d'autres spécialistes, doivent lui fournir. La tâche du médecin consiste à porter un jugement sur l'état de santé et à indiquer dans quelle mesure et pour quelles activités l'assuré est incapable de travailler. En outre, les données médicales constituent un élément

A/1576/2007 - 11/16 - utile pour déterminer quels travaux on peut encore, raisonnablement, exiger de l'assuré (ATF 125 V 261 consid. 4 et les références). c) Selon le principe de libre appréciation des preuves, pleinement valable en procédure judiciaire de recours dans le domaine des assurances sociales (cf. art. 61 let. c LPGA), le juge n'est pas lié par des règles formelles, mais doit examiner de manière objective tous les moyens de preuve, quelle qu'en soit la provenance, puis décider si les documents à disposition permettent de porter un jugement valable sur le droit litigieux. En cas de rapports médicaux contradictoires, le juge ne peut trancher l'affaire sans apprécier l'ensemble des preuves et sans indiquer les raisons pour lesquelles il se fonde sur une opinion médicale et non pas sur une autre. L'élément déterminant pour la valeur probante d'un rapport médical est que les points litigieux importants aient fait l'objet d'une étude fouillée, que le rapport se fonde sur des examens complets, qu'il prenne également en considération les plaintes exprimées, qu'il ait été établi en pleine connaissance du dossier (anamnèse), que la description du contexte médical soit claire et enfin que les conclusions de l'expert soient bien motivées (ATF 122 V 160 consid.

1c et les références). L'élément déterminant pour la valeur probante n'est en principe ni l'origine du moyen de preuve, ni sa désignation, sous la forme d'un rapport ou d'une expertise, mais bel et bien son contenu (ATF 122 V 160 consid. 1c; Omlin, Die Invaliditätsbemessung in der obligatorischen Unfallversicherung p. 297ss.; Morger, Unfallmedizinische Begutachtung in der SUVA, in Revue Suisse des assurances sociales [RSAS] 32/1988 p. 332ss.). d) Au sujet des rapports établis par les médecins traitants, le juge peut et doit tenir compte du fait que, selon l'expérience, le médecin traitant est généralement enclin, en cas de doute, à prendre parti pour son patient en raison de la relation de confiance qui l'unit à ce dernier (ATFA du 14 avril 2003, en la cause I 39/03, consid. 3.2, ATF 124 I 175 consid. 4 et les références citées; Plaidoyer 6/94 p. 67). Il n'a pas, d'emblée, de raison de mettre en doute la capacité alléguée par son patient, surtout dans une situation d'évaluation difficile. En principe, il fait donc confiance à son patient, ce qui est souhaitable, et ne fait donc pas toujours preuve de l'objectivité nécessaire, guidé qu'il est par le souci, louable en soi, d'être le plus utile possible à son patient. Les constatations du médecin de famille quant à l'appréciation de l'incapacité de travail de l'assuré ont ainsi une valeur probante inférieure à celles des spécialistes (RCC 1988 p. 504). La règle est d'ailleurs qu'il se récuse pour l'expertise de ses propres patients (VSI 2001, 109 consid. 3b/cc; RCC 1988 p. 504 consid. 2). L'expert est dans une position différente puisqu'il n'a pas un mandat de soins, mais un mandat d'expertise en réponse à des questions posées par des tiers. Il tient compte des affirmations du patient. Il doit parfois s'écarter de l'appréciation plus subjective du médecin traitant. e) Quant aux rapports et expertises établis par les médecins des assureurs, le juge peut leur accorder pleine valeur probante aussi longtemps que ceux-ci aboutissent à

A/1576/2007 - 12/16 - des résultats convaincants, que leurs conclusions sont sérieusement motivées, que ces avis ne contiennent pas de contradictions et qu'aucun indice concret ne permet de mettre en cause leur bien-fondé. Le simple fait que le médecin consulté est lié à l'assureur par un rapport de travail ne permet pas encore de douter de l'objectivité de son appréciation ni de soupçonner une prévention à l'égard de l'assuré. Ce n'est qu'en présence de circonstances particulières que les doutes au sujet de l'impartialité d'une appréciation peuvent être considérés comme objectivement fondés. Étant donné l'importance conférée aux rapports médicaux dans le droit des assurances sociales, il y a lieu toutefois de poser des exigences sévères quant à l'impartialité de l'expert (ATF 125 V 353 consid. 3b/ee, ATFA non publié du 13 mars 2000, I 592/99, consid. b/ee).

E. 7

La recourante fait grief à l'intimé de s'être écarté des avis de ses médecins traitants, les Drs L_____ et R_____. Elle conteste l'objectivité du rapport d'examen du SMR du 14 août 2006 et demande que soit mise sur pied une contre-expertise. Elle soutient que son état fluctue et que le jour de l'expertise, elle se sentait particulièrement bien. L'examen bidisciplinaire, rhumatologique et psychiatrique, confié aux Drs P_____ et Q_____, n'a retenu à titre de diagnostics ayant une répercussion sur la capacité de travail que des rachialgies diffuses avec prédominance dorsolombaire dans le cadre de troubles statiques dégénératifs du rachis avec séquelles de maladie de Scheuermann et des hernies discales. Ont été également mentionnés une fibromyalgie, un trouble de la personnalité avec traits caractériels et narcissiques et un trouble hypocondriaque avec nosophobie mais les médecins ont jugé que ces atteintes n'exerçaient aucune influence sur la capacité de travail de l'assurée. Les inexactitudes relevées par la recourante dans

l'anamnèse quant à son parcours professionnel ou le fait que son frère soit ou non toxicomane ne revêtent guère d'importance dans la mesure où elles n'influent pas sur les diagnostics posés. On ne saurait donc en tirer argument contre la valeur probante de ce rapport. Pour déterminer si les conclusions des médecins du SMR doivent se voir reconnaître pleine valeur probante, il convient bien plutôt de vérifier, si leurs conclusions sont convaincantes, s'ils ont tenu compte des plaintes rapportées par l'assurée, si ces conclusions sont dûment motivées et ne laissent pas apparaître de contradiction et surtout, si les autres médecins qui se sont prononcés et aux avis desquels se réfère la recourante ont fait état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de cette dernière. Force est de constater en premier lieu que les médecins du SMR ont procédé à un examen clinique complet de l'intéressée. Ils ont reporté leurs constatations dans

A/1576/2007 - 13/16 - leur rapport, de même que les plaintes exprimées par la recourante, ainsi que les avis des médecins qui se sont préalablement prononcés. A ce propos, il convient de rappeler que la mention des plaintes de la personne examinée et celle des avis des autres praticiens ne doit pas être confondue avec l'appréciation effectuée par les examinateurs. Relater d'autres appréciations ou constatations ne signifie par de facto les faire siennes. Sur le plan somatique, il a été relaté que l'assurée se plaint de douleurs généralisées au rachis et aux quatre membres, surtout au rachis lombaire et dorsal. La présence de troubles statiques du rachis et d'une hypercyphose dorsale a été constatée. La mobilité lombaire a été jugée satisfaisante, la mobilité cervicale un peu diminuée. Les médecins, rappelant que les rachialgies entrent dans le cadre de troubles statiques importants, ont admis une capacité de travail réduite à 50% dans une activité d'aide coiffeuse. En revanche, ils ont considéré que dans une activité strictement adaptée, c'est-à-dire permettant d'alterner les positions et d'éviter le soulèvement régulier de charges d'un poids excédant cinq kilos, le port régulier d'un poids excédant dix kilos et le travail en porte-à-faux statique prolongé du tronc, la capacité de travail était préservée. Les limitations évoquées par les médecins du SMR ne sont pas différentes de celles retenues par le médecin traitant - qui préconise d'éviter les travaux lourds et mentionne à titre d'activités possibles celles de réceptionniste, huissière ou contractuelle - ou encore par le Dr N _____ - qui émet l'avis qu'une activité adaptée, c'est-à-dire évitant les efforts physiques et les mouvements répétés du tronc, est exigible à raison de huit heures par jour, avec une diminution de rendement au cas où l'assurée devrait conserver la position assise. Seule l'appréciation de la capacité résiduelle de travail diffère chez le Dr L _____, mais il est à relever que ce dernier s'est livré à une appréciation globale, incluant les troubles psychiques qu'il invoque. Sur le plan somatique, aucun élément objectif ne permet donc de douter des conclusions du SMR. Le médecin traitant a d'ailleurs admis que, du point de vue rhumatologique, le rapport du SMR lui semblait complet et adéquat et que les limitations retenues correspondaient à ce qu'il lui-même avait pu observer. Sur le plan psychique, les médecins du SMR ont exclu toute atteinte invalidante. Ils ont expliqué pourquoi ils n'ont retenu ni le diagnostic d'hyperactivité (absence claire de déficit de l'attention), ni celui de trouble de la personnalité de type borderline décompensé (le fait que l'identité de l'assurée soit bien construite et que sa tolérance à la frustration puisse être maîtrisée). Ils ont souligné que les ressources de l'assurée, son élan vital et sa capacité à obtenir ce qu'elle veut traduisaient sa compétence et sa bonne intelligence, raisons pour lesquelles ils ont conclu qu'elle avait largement les moyens d'exercer une activité professionnelle lucrative à plein temps, à condition de pouvoir bénéficier d'une certaine autonomie.

A/1576/2007 - 14/16 - La gestion d'un commerce, un travail individuel sur ordinateur ou de l'artisanat ont été évoqués. Le diagnostic de trouble hyperactif n'a été évoqué que par le Dr O_____, dont il est utile de souligner qu'il est spécialisé en médecine interne et maladies rhumatismales et qu'il n'a pas étayé son diagnostic. Dès lors, son avis ne saurait suffire à mettre en doute celui des médecins du SMR, lesquels ont expliqué les raisons pour lesquelles ils n'ont pas retenu le diagnostic en question. Le Dr R_____, auquel se réfère également la recourante, s'il a posé le diagnostic de trouble dépressif récurrent, a également précisé que ce dernier était en rémission sous prise d'un antidépresseur. Quant à la phobie des soins dentaires à laquelle il fait aussi allusion, il est manifeste qu'elle est sans répercussion sur la capacité de travail. La Dresse M_____ a quant à elle considéré qu'une activité pourrait être exigée de la patiente, dans l'administration ou la vente par exemple, à condition d'éviter le stress de l'exposition à des conflits inter-personnels et les exercices physiques. Cet avis corrobore donc celui du SMR, hormis sur l'appréciation de la capacité de travail, que la Dresse M_____ a estimée à quatre heures par jour, mais sans motiver davantage son appréciation. Le Dr L_____, médecin traitant, retient quant à lui le diagnostic de personnalité borderline avec labilité émotionnelle. S'il a également mentionné des troubles de l'adaptation et de l'humeur, il a précisé dans son rapport initial qu'ils étaient sans répercussion sur la capacité de travail. Le Dr L_____, qui n'est pas spécialisé en psychiatrie, appuie son avis sur celui des médecins du Département psychiatrique des HUG, dans lequel la patiente a séjourné du 2 au 10 octobre 2001, lesquels ont justifié le diagnostic de trouble de la personnalité émotionnellement labile, de type borderline par le fait que la patiente avait de la difficulté à gérer les contraintes et les limites, ce qui se traduisait par des réactions impulsives et une tendance aux éclats de colère et à entrer en conflit avec les autres. Ce diagnostic n'a cependant pas été retenu par les médecins du SMR qui ont indiqué les raisons pour lesquelles ils s'en écartaient. Il convient d'ailleurs de relever que ce diagnostic n'a été repris ni par la Dresse M_____ ni par le Dr R_____. Il y a lieu d'ajouter, pour conclure, qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat de soins et un mandat d'expertise (cf. arrêt du Tribunal fédéral du 5 janvier 2003, I 701/05, consid. 2 et les références, en particulier l'ATF 124 I 170 consid. 4), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire : il n'en va autrement que si lesdits médecins traitants font état d'éléments objectifs ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour

A/1576/2007 - 15/16 - remettre en cause les conclusions de cette dernière. Cette hypothèse n'est cependant pas réalisée en l'espèce, comme on l'a vu ci-avant. On retiendra donc que, tant sur le plan psychique que sur le plan somatique, la capacité de travail de l'assurée dans une activité adaptée est conservée. Une appréciation anticipée des preuves permet dès lors de conclure à l'absence d'atteinte à la santé mentale nécessitant un complément d'instruction. La conclusion de la recourante visant à la mise sur pied d'une contre-expertise psychiatrique doit donc être rejetée. c) Il suit de ce qui précède que c'est à juste titre que l'intimé, comparant le revenu que l'assurée pourrait obtenir sans invalidité (ESS 2002, TA 1, secteur des services, niveau 4) en travaillant à plein temps à celui qui serait raisonnablement exigible de sa part dans une activité respectant ses limitations fonctionnelles (ESS 2002, TA 1, secteur des services, niveau 4), en a tiré la conclusion qu'il n'y avait aucune perte de gain et que le droit à un reclassement professionnel devait être nié.

A/1576/2007 - 16/16 -

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.